THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 25

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 6 Avril 1905, à 1 heure

PAR

Emile COLLIÈRE

DANGERS
Du Tamponnement antérieur et postérieur
DES FOSSES NASALES

Président : M. LE DENTU, *professeur*

Juges { MM. GUYON, *professeur*
DE LAPERSONNE, *professeur*
SCHWARTZ, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDÉAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNEO	LABBE	MERY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

DANGERS

du Tamponnement antérieur et postérieur

DES FOSSES NASALES

INTRODUCTION

Pendant notre stage dans le service de notre maître M. Sébileau nous avons pu juger les méfaits du double tamponnement des fosses nasales, les grands dangers que fait courir aux malades cette méthode qui, obturant l'orifice antérieur du nez et la choane, transforme une fosse nasale en cavité close.

Puisque l'occasion s'en est malheureusement offerte, il nous a paru utile de contribuer à faire connaître que le tamponnement classique qui est la méthode constamment appliquée présente de graves inconvénients.

Après avoir rappelé que le siège de l'hémorrhagie est toujours ou presque toujours le même, nous exposerons les dangers du double tamponnement. Nous terminerons en disant comment l'on doit traiter une épistaxis rebelle sans avoir recours au procédé consacré par l'usage et par beaucoup trop de livres.

Mais nous ne pouvons aborder notre sujet sans avoir, auparavant, rempli un devoir auquel nous ne saurions faillir : que ma mère reçoive ici le témoignage de ma très vive reconnaissance.

Arrivé à la fin de nos études médicales nous devons des remerciements à nos maîtres ; à M. Quénu, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux ; à M. le professeur Landouzy, à M. Bonnaire, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux ; à M. Sébileau, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, qui ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils éclairés pour nous apprendre la pratique, parfois si délicate de l'oto-rhino-laryngologie, nous sommes heureux de lui dire ici notre reconnaissance.

M. le professeur Le Dentu a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous ne saurions assez le remercier de l'honneur qu'il nous fait.

Qu'il nous soit permis en terminant, d'assurer à nos amis, compagnons de notre vie d'étudiant, que nous garderons d'eux le meilleur souvenir.

Siège de l'hémorrhagie dans l'épistaxis.

L'épistaxis est très fréquente, cette fréquence s'explique par la situation du nez et sa forme qui l'exposent aux traumatismes et surtout par la grande vascularité de la muqueuse pituitaire.

Pour intervenir utilement au cours de l'hémorrhagie il est absolument indispensable de se rappe-

ler que celle-ci se fait presque toujours au même endroit. Il est démontré par les statistiques de beaucoup d'auteurs que l'épistaxis, qu'elle qu'en soit la cause, est une hémorrhagie à siège bien localisé.

M. Lermoyez (*Archives de Laryngologie*, 1896) dit que la lésion est toujours au niveau de la terminaison de la branche interne de la sphémo-palatine et il l'a dénommée : « artère de l'épistaxis ». Le « territoire de l'épistaxis » est presque toujours au niveau de la partie antéro-inférieure de la cloison osseuse et du milieu de la cloison intercartilagineuse (22 fois sur 25 cas d'après Chiari). Sur 250 cas d'épistaxis Baumgarten a relevé 219 fois des lésions de la cloison. Aussi le Dr Gouguenheim demande-t-il que l'on fasse connaître le plus possible que l'hémorrhagie naît de la partie antérieure de la cloison.

Cette localisation est due à ce que la muqueuse de la région présente des capillaires très dilatés, constituant un véritable tissu caverneux. Cruveilhier, Sappey, Kolliker, ont décrit sur les cornets, des veines formant un « plexus variqueux et presque caverneux » ; Wall, Pillet, en ont fait un tissu véritablement érectile « capable, sinon de phénomène d'érection proprement dite, du moins de véritable turgescence ». Un tissu analogue a été décrit sur la muqueuse de la cloison, à la hauteur des cornets moyen et inférieur, par Mackenzie.

Ces notions nous expliquent clairement la fréquence du siège des épistaxis. Mais il existe aussi un tissu caverneux très superficiel au niveau des

cornets et pour s'expliquer la rareté de l'hémorrhagie dans cette région il faut admettre que cette immunité relative tient sans doute à ce que la muqueuse des cornets est très rétractile, tandis que cette rétroactilité est peu marquée sur la muqueuse de la cloison.

A cette dilatation des capillaires il faut ajouter la minceur de la muqueuse et son peu d'adhérence, la facilité d'accessibilité dans cette région aux doigts du malade. Enfin il faut noter le dépôt continuel de germes qui, lorsqu'ils trouvent des conditions favorables à leur développement peuvent déterminer des ulcérations d'origine septique, et par suite l'érosion des vaisseaux.

Ces dispositions, auxquelles viendront s'ajouter, soit des lésions locales (tumeurs, ulcérations, angiomes, sarcomes mous, corps étrangers, etc.), soit les cardiopathies, les états infectieux ou dyscrasiques, font que de toutes les muqueuses, la pituitaire est la plus sujette aux hémorrhagies.

Dangers du double tamponnement.

On est appelé habituellement pour une hémorrhagie abondante, rebelle, qui inquiète le malade et qui ne cède pas aux petits moyens employés communément pour arrêter cet écoulement de sang. Il arrive trop souvent encore, qu'à la vue d'une épistaxis abondante et tenace le médecin se croye obligé de pratiquer le tamponnement postérieur des fosses

nasales, négligeant d'avoir recours à des moyens plus faciles et plus sûrs. Sachant le danger qu'ils font courir à leurs malades du fait de cette intervention, les praticiens avertis sauront éviter des désastres, rares il est vrai, et des complications plus fréquentes.

Aussi n'est-ce que pour mémoire que nous citerons ici les divers moyens qui ont été employés pour le tamponnement des fosses nasales ; ils doivent faire place à d'autres moins compliqués et plus sûrs qui, dans cette circonstance, ne laisseront pas le chirurgien « entre la crainte et l'espérance ».

Procédé Pelletan. — Dans ce procédé on introduisait un tampon postérieur au moyen d'une pince à pansement, sur ce tampon était noué un double fil. Le défaut de résistance indiquait que le tampon était à l'orifice postérieur, on retirait alors pince et fil et on « fourrait » de la charpie plein le nez ; le fil était noué en avant.

Procédé d'Abernetly. — Diffère du précédent en ce que l'on introduisait le tout autour d'une sonde que l'on retirait, en retenant la charpie à l'orifice antérieur avec les doigts.

Citons le procédé de F. Franck qui introduit dans la narine un bout d'intestin de porc que l'on distend avec de l'eau. Miquel d'Amboise se sert d'un condom ; Diday emploie une vessie de caoutchouc. Ne passons pas sous silence le rhinobyon de Franck et Diday et la pelote à air de Gariel.

Mais il est un instrument beaucoup plus connu,

quoique aujourd'hui complètement délaissé, nous voulons parler de la sonde de Belloc. Déjà, Malgaigne la rejette et préfère se servir de la sonde de femme ou de la sonde élastique. Si tous ces procédés n'ont plus que la valeur d'un souvenir, il doit en être de même du procédé du double tamponnement des fosses nasales.

Avant de commencer de montrer les grands inconvénients de ce tamponnement il nous semble utile de citer ici ce que l'on trouve écrit dans les livres classiques.

Lejars dans son admirable *Traité de chirurgie d'urgence*, qui est entre les mains de tous, écrit dans la dernière édition (1904) : « Il sera souvent plus facile et plus sûr de recourir au tamponnement antérieur », et en quelques mots pratiques il expose la technique : « Prenez une longue et étroite bandelette de gaze stérilisée et avec une pince conduisez-la le plus loin possible, dans la fosse nasale, tassez-la tout au fond contre la cloison, entre les cornets : bourrez la cavité nasale antérieure comme vous tamponnez le vagin dans certaines hémorrhagies ». Toutefois le docteur Lejars ne combat pas activement le double tamponnement. Il ajoute : « Bien que les indications en deviennent de plus en plus rares, le double tamponnement, l'occlusion exacte des orifices antérieur et postérieur de la fosse nasale qui saigne ou des deux fosses nasales reste pourtant un procédé d'urgence dans certaines épistaxis rebelles et profuses d'origine mal précisée ».

Dans le *Traité de chirurgie* (Gérard-Marchant) le tamponnement antérieur et postérieur est décrit avec détails.

Fréquemment on s'en tient à l'enseignement des livres classiques de petite chirurgie. Tous décrivent le seul double tamponnement et semblent ignorer qu'il existe d'autres procédés ; procédé par la sonde en gomme ou par la sonde de Belloc, et rien de plus. Nous trouvons même dans les *Nouveaux éléments de petite chirurgie* de Chavasse (5e édition) cette phrase dont la lecture nous a profondément étonné : « Hermann conseille de ne pas tamponner toute la narine, mais de rechercher le siège de l'hémorrhagie et de le tamponner alors directement avec un petit tampon de ouate placé à l'aide d'une pince : ce moyen est souvent d'une application difficile. » Retenez bien ces derniers mots ; nous verrons ce que vaut cette appréciation.

Ayant lu ces lignes le praticien pratiquera sans hésitation une méthode que nous allons voir réprouvée par des auteurs, sans nul doute mieux informés.

Dans le *Traité de médecine* de Charcot et Brissaud, Ruault dit : « Le tamponnement complet des auteurs classiques n'est pas seulement une manœuvre laborieuse à exécuter pour le médecin et très dure à supporter pour le malade, il a encore le très grand inconvénient de déterminer presque toujours des effets de vomissements prolongés... expose le malade à des accidents infectieux consécutifs de gravité variable (amygdalites, otites suppurées, etc.) dont l'usage des

tampons antiseptiques ne met pas toujours à l'abri. »

Dans la *Thérapeutique chirurgicale* de Forgue et Reclus (2e édition) les obstacles et complications du procédé antérieur et postérieur sont longuement décrits pour qu'il ne soit employé que dans les épistaxis graves d'infections générales. Mais hélas! le tamponnement antérieur est à peine indiqué en conseillant l'emploi d'un petit cylindre d'ouate imbibé de cocaïne.

Dans sa *Clinique Thérapeutique*, livre fort répandu, le docteur Lyon écrit : « Le tamponnement antérieur est la méthode de choix... Le double tamponnement ne permet pas toujours d'arrêter l'hémorrhagie... il est douloureux à appliquer, pénible à supporter et peut entraîner des accidents septiques. »

Le *Manuel de médecine* de Debove et Achard (1896) dit : « Le tamponnement antérieur toujours très facile à pratiquer est la méthode de choix. »

Nous terminerons cette courte mais instructive revue par les lignes suivantes tirées de la *Thérapeutique des maladies des fosses nasales* du docteur Lermoyez : « Tamponnement antérieur : procédé de choix, toujours suffisant, peu pénible pour le malade, et n'entraînant à sa suite aucun accident sérieux. Mais il ne peut être exécuté que par le médecin familiarisé avec la rhinoscopie antérieure...

Tamponnement postérieur : procédé brutal, douloureux, entraînant souvent des complications graves. Il devrait être définitivement abandonné... » Retenons ces considérations ; elles concordent absolument avec

l'enseignement de notre maître M. Sébileau et il est à déplorer que ces lignes ne passent pas sous les yeux de tous les praticiens et que ceux-ci s'en tiennent dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, à un enseignement erroné.

Après avoir passé en revue ce qui a été écrit par les principaux auteurs et les conseils que l'on trouve dans les livres courants, il nous reste à faire la critique théorique du procédé du double tamponnement; les faits parleront ensuite d'eux-mêmes.

La pathogénie des accidents causés par le tamponnement double est facile à comprendre. Le sang arrête aux orifices antérieur et postérieur de la fosse nasale, forme un vaste clapier entre les deux tampons et il est appelé à stagner là plus ou moins longtemps. On a, par ce fait même, préparé un merveilleux bouillon de culture.

Le sang stagnant dans les cavités nasales se putréfie, il se mêle à la multitude innombrable des microorganismes qu'elles contiennent et qui trouvent à cette occasion un milieu favorable à leur rapide développement. Leur virulence est augmentée et s'exercera par surcroît sur un malade qui se trouve en état de moindre résistance par suite de l'anémie que l'on constate presque toujours à la suite de ces épistaxis rebelles. Cette infection locale est redoutable par sa facile propagation.

En haut, le clapier sanguin n'est séparé des méninges que par l'ethmoïde, lame osseuse d'une minceur

extrême et qui est d'ailleurs percée de trous donnant passage aux branches du nerf olfactif.

Sur la paroi externe nous trouvons : au-dessus du méat supérieur l'ouverture du sinus sphénoïdal ; dans le méat supérieur celle des cellules ethmoïdales postérieures. Le méat moyen communique largement avec le sinus frontal par une gouttière à laquelle on a donné le nom d'infundibulum. Sur la paroi de cette gouttière, on voit l'orifice de l'antre d'Highmore. L'orifice inférieur du canal nasal est au niveau du méat inférieur.

Ces notions anatomiques jointes aux connaissances microbiologiques doivent *a priori* nous convaincre que le tamponnement postérieur des fosses nasales est une opération absolument irrationnelle.

La propagation aux sinus peut se faire d'autant mieux que leur muqueuse n'est qu'un prolongement de la pituitaire. Le sang peut s'engager dans ces orifices ; Demarquay et Duvernoy ont constaté le reflux du sang vers les points lacrymaux. La propagation peut se faire encore vers l'oreille par l'intermédiaire du tampon postérieur, celui-ci pouvant s'opposer à la sortie du sang quand il a pénétré dans la caisse par la trompe d'Eustache, ou bien faciliter la pénétration des « humeurs putrides » dans l'oreille. Nous devons donc conclure théoriquement que tout tamponnement classique, c'est-à-dire antérieur et postérieur, est un danger grave pour le malade auquel il aura été appliqué.

D'ailleurs, les faits confirment, et parfois d'une

manière fort dramatique, les désavantages, les méfaits, que l'on aurait pu éviter par l'emploi d'une méthode plus scientifique.

Nous pouvons donc, à la suite d'un tamponnement double, voir survenir des complications du côté des sinus et du côté de l'oreille. On a cité des cas où il avait été le point de départ d'un coryza fétide. Gellé cite trois cas de sinusite maxillaire. Saint-Hilaire rapporte deux faits semblables. Guisez un cas.

Dans la thèse de Lechevallier (*Des épistaxis,* 1877) nous lisons : « *La Gazette des Hôpitaux* (1830), rapporte une observation qui constate que le tamponnement peut causer des accidents du côté du nez, des oreilles. A la suite de cette observation, l'auteur dit qu'il pourrait citer l'exemple d'un individu chez lequel le tamponnement fut suivi d'une vive inflammation des cavités naso-maxillaires et d'une congestion cérébrale qui emporta le malade ». On trouvera à la fin de notre thèse l'observation de Guisez.

La propagation à l'oreille est aussi fréquente : Gellé (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*) rapporte une très belle observation (janvier 1892), Guisez (*Gazette des Hôpitaux*, 1900), rapporte une observation. M. le professeur Tillaux a observé trois cas d'otite moyenne grave dont un avec suppuration mastoïdienne et propagation méningée mortelle (Thèse Lechevallier). Hartmann a vu également trois fois une otite moyenne consécutive au double tamponnement.

Nous lisons encore dans la thèse de Lechevallier : « M. Chassaignac rapporte que le tamponnement détermina chez un vieillard une inflammation suivie de suppuration énorme, qui amena la mort du malade.

Il nous a été donné pendant le stage que nous avons accompli dans le service de notre maître, M. Sébileau, à l'hôpital Lariboisière, d'assister à la dramatique évolution des complications survenues à la suite d'un double tamponnement pratiqué hors le service. Malgré tous les soins le malade fut emporté par la méningite. M. Wicart, interne du service, a relaté cette intéressante observation dans la *Tribune médicale* du 4 mars 1905. On la trouvera reproduite à la fin de notre thèse (obs. I).

La symptomatologie des accidents peut être résumée de la façon suivante : Le plus souvent le médecin est mis sur la voie par les douleurs d'oreille ; celles-ci peuvent survenir d'une manière précoce, quelquefois dès le deuxième jour. Ces douleurs sont violentes, s'irradient parfois dans le côté droit de la tête. Lorque il y a empyème du sinus maxillaire on trouve, en outre, du gonflement de la face, de l'œdème de la paupière inférieure ; la pression est douloureuse au niveau du point sous-orbitaire. La fièvre peut apparaître avant la douleur ; au deuxième jour du tamponnement on la trouve à 38° et 39° puis au bout de cinq à six jours elle atteint 40°, se maintenant pendant ce laps de temps toujours élevée, avec oscillations entre 39°4 et 40°. Elle peut exister seule,

sans autre symptôme plus précis. Ce qui, alors, attire l'attention, en dehors de quelques douleurs céphaliques parfois bien vagues, c'est la surdité progressive.

Si l'on veut examiner l'oreille, l'introduction du spéculum est douloureuse. Malgré la présence de complications, évoluant avec élévation de la température, il arrive que la malade conserve quelquefois une complète sérénité. Mais la pâleur des téguments augmente, le pouls est accéléré, le malade s'affaiblit progressivement. La température dépasse bientôt 40°, s'élève peu à peu, régulièrement ; on observe du tremblement, puis de la somnolence, de l'engourdissement, on entend des gémissements, des cris par moments. Aucun médicament ne procure le repos, puis la torpeur devient continuelle, les réponses sont sans suite. La raideur d'abord légère, ensuite accentuée à la tête vient démontrer la réalité d'une affection cérébrale.

Tels sont rapidement décrits les symptômes principaux des complications.

Un examen local du côté de l'oreille permettra d'affirmer le diagnostic. On trouvera le tympan rouge, violacé, prêt à se perforer en un point blanchâtre et bombant fortement vers l'extérieur, animé de battements correspondant aux pulsations artérielles.

L'évolution vers les complications cérébrales pourra être arrêtée par la perforation spontanée ou par la paracentèse du tympan quoique cette der-

nière opération puisse ne donner aucun résultat, l'infection s'étant déjà trop étendue. C'est ainsi que chez le malade que nous avons observé dans le service de M. Sébiliau l'on trouva à l'autopsie l'infection propagée aux cellules mastoïdiennes, sans qu'il y ait eu de réaction extérieure, ainsi que des traînées purulentes au niveau de l'ethmoïde. Il est évident que dans ce cas l'intervention devait rester sans effet.

D'autres accidents infectieux ont également été signalés : phlegmons du pharynx, érysipèle de la face (Boulay).

Nous ne saurions passer sous silence des faits qui, s'ils ne sont point graves, n'en sont pas moins de fâcheux inconvénients. Le tampon postérieur alors même qu'on ne lui donne pas de trop grandes dimensions lors de sa mise en place, finit par augmenter de volume à cause de l'imbibition qu'il subit, il exerce de la compression et il en résulte des phénomènes d'irradiation du côté du pneumogastrique produisant des nausées et des spasmes laryngés. Le fil postérieur est non seulement gênant pour le malade, chez lequel il entrave la déglutition et la phonation, mais encore il peut entamer le bord postérieur du voile du palais, comme l'a observé Fredet.

Dangereux, encombrant pour le malade, le double tamponnement est encore difficile à appliquer chez les sujets nerveux et même impossible quand le passage de la sonde dans les narines, les attouchements dans le pharynx provoquent de la toux, des vomis-

sements. Aussi Gosselin disait-il que ce procédé était « une mauvaise pratique que l'on ne doit employer que dans des cas très rares, si rares que je ne me rappelle l'avoir appliqué qu'une seule fois ». Enfin nous avons vu que le double tamponnement pouvait être insuffisant, le sang s'échappant par les points lacrymaux.

Notre conviction, basée sur le spectacle d'une mort à la suite d'une intervention d'apparence anodine contre un trouble aussi minime, aussi banal qu'un saignement de nez, est que le tamponnement classique doit être renié pour jamais par tous les praticiens.

TRAITEMENT

Tamponnement direct.

Il doit s'inspirer de ce principe : l'hémorrhagie étant d'ordre local, un traitement local est de rigueur. La logique et le bon sens demandent qu'un tamponnement soit fait dans le but de comprimer la surface qui saigne, c'est là le moyen le plus sûr d'arrêter l'hémorrhagie. Dans le cas d'hémorrhagie rétro-placentaire se contente-t-on pour arrêter le sang d'un tamponnement du vagin ? Il faut donc faire dans le cas d'épistaxis rebelle un tamponnement direct.

C'est à lui qu'on aura recours sans oublier avant d'intervenir de s'assurer que l'on n'est pas en présence d'une épistaxis qui doit être respectée car, dans ce cas, l'intervention serait funeste. Lorsque leur abondance n'est pas excessive ces hémorrhagies doivent être respectées chez les cardiaques, les malades atteints de néphrite interstitielle et d'artério-sclérose, les femmes dont la menstruation est supprimée ; « elles font une dérivation salutaire ou constituent une saignée naturelle ».

On recherche d'abord le siège de l'hémorrhagie au lieu d'élection, en relevant fortement l'aile du nez de façon que l'orifice de la narine se renverse le

plus possible en dehors. Il faut suivre sur la cloison une ligne oblique en haut et en arrière ; c'est à 2 centimètres ou 2 cent. 1/2 que l'on trouve le point qui saigne. Si l'on ne peut y parvenir il faut recourir à la rhinoscopie. Ayez donc un miroir frontal, une source lumineuse, un spéculum spéculum de Vacher), une pince à mors longs et étroits. Préparez une bande de gaze stérilisée longue et étroite ; si vous vous trouvez à la campagne, ne possédant pas de gaze stérilisée, découpez les bandes dans un mouchoir que vous ferez ensuite bouillir.

Procédez ensuite à la recherche du point qui saigne. Voici comment il faut procéder : Le réflecteur disposé sur le front pour recevoir les faisceaux de la source lumineuse qui sera, soit une lampe à huile ou à pétrole soit un bec de gaz, le médecin fait asseoir le malade à côté de la source lumineuse, se place en face de lui en lui faisant rapprocher les genoux pendant que lui-même écarte les siens pour se rapprocher de la face du patient. Il introduit le spéculum avec douceur dans la fosse nasale et lorsqu'il est en place il le maintient avec la main gauche dont le pouce et l'index tiennent le pavillon, tandis que les autres doigts s'appuient sur le dos du nez afin que l'instrument n'exécute aucun mouvement dans le nez, une fois parvenu en bonne situation. Avec la main droite on écarte ou on rapproche les deux valves en manœuvrant la petite vis. Après avoir examiné la cloison, si on n'a rien trouvé à ce niveau on portera ses regards sur le cornet moyen

dont on aperçoit d'abord l'extrémité antérieure. En portant le pavillon vers la cloison on peut distinguer la partie moyenne et l'extrémité postérieure de ce cornet. Pour l'examen de la cloison, la tête du sujet étant droite, on voit la partie inférieure de la cloison qui souvent présente soit un éperon soit une déviation. La tête du patient étant renversée en arrière on voit la partie moyenne de la cloison.

Le siège de l'hémorrhagie découvert on procède au tamponnement direct qui est d'une application plus facile et plus rapide que le tamponnement antérieur et postérieur ; dans le cas où le sang en trop grande abondance empêcherait de reconnaître le point qui donne faites une injection d'eau chaude qui nettoiera la narine et arrêtera pour un moment l'abondance de l'hémorrhagie (l'eau chaude est un très bon hémostatique).

Avec la pince portez un peu en arrière du point qui saigne une étroite bande de gaze, tassez-la dans les anfractuosités de la fosse nasale « pour servir comme de fondation pour un tamponnement serré et bien limité à la région malade ». Tassez bien la gaze contre la cloison, entre les cornets ; un excellent moyen de faciliter la pénétration des bandes de gaze c'est de les imbiber d'eau oxygénée, elles glissent alors plus facilement dans les interstices. L'eau oxygénée ajoute encore son pouvoir hémostatique. M. Lermoyez, dans ce but, en recommande l'usage. Si l'on a découvert, en faisant la rhinoscopie, que le sang s'échappe de la partie postérieure

de la fosse nasale, on peut encore, dans la plupart des cas, tamponner directement par en avant. Si cela ne suffisait pas on portera directement, en le poussant et le faisant glisser avec le doigt derrière le voile, vers la choane, un tampon qui aura l'avantage d'exercer, sur la surface qui saigne, la compression et ne sera pas au contact de la paroi postérieure du pharynx.

Le tamponnement effectué le malade se nettoie la face et on lui donne un gargarisme pour effacer toute trace de sang au niveau des orifices antérieur et postérieur de la fosse nasale.

On s'assure, quelques minutes après, que l'écoulement ne s'est pas reproduit. Selon que l'épistaxis aura été plus ou moins abondante on enlèvera le tamponnement un ou deux jours après. Mais après avoir procédé au tamponnement le rôle du médecin n'est pas terminé ; il doit rechercher la cause de l'épistaxis et traiter cette cause.

Le tamponnement venant d'être enlevé, il sera nécessaire de se rendre compte, sur le champ, de l'état de la cicatrisation. Si celle-ci n'est pas complète, et si l'hémorrhagie vient à se reproduire, il faut avoir recours à la cautérisation du point qui saigne. La cautérisation au galvano-cautère est la meilleure mais peu à la portée de beaucoup de praticiens.

Le sang étant bien étanché on appliquera la pointe du thermo-cautère portée au rouge sombre pendant un temps très court, 5 à 6 secondes au plus, pour empêcher l'adhérence de l'instrument à l'eschare. On

peut aussi se servir de diverses substances chimiques et surtout de l'acide chromique et du nitrate d'argent. Avec la pointe d'un stylet prenez une paillette d'acide chromique et chauffez-la de façon à former une perle bien adhérente à l'instrument. Touchez le point qui saigne après l'avoir bien asséché, asséchez aussi la muqueuse de crainte de voir, faute de cette précaution, le caustique diffuser et produire des eschares plus ou moins étendues. L'application ne durera que quelques secondes et l'on protégera l'eschare avec de la vaseline boriquée. M. Lermoyez conseille de se servir d'une perle de nitrate d'argent.

La cautérisation sera nécessaire s'il existe une large ulcération ou une tumeur végétante.

CONCLUSIONS

I. — Le tamponnement antérieur et postérieur est une méthode de traitement dans l'épistaxis qui est constamment appliquée. Elle a pourtant ses dangers puisque nous la voyons exposer les malades à de graves complications et même à la mort.

II. — Considéré comme un remède héroïque le double tamponnement n'est pas toujours efficace.

III. — Il présente aussi le double désavantage d'être non seulement une manœuvre laborieuse à exécuter pour le médecin mais encore une intervention très dure à supporter pour le malade.

IV. — Le tamponnement direct donne au malade une complète sécurité. S'il est plus rarement employé il n'en est pas moins le procédé de choix. Il faut que le médecin le pratique sous le contrôle de l'œil en s'aidant d'un bon éclairage, à travers le spéculum.

V. — Le tamponnement direct est toujours efficace. S'il échoue parfois, l'insuccès tient à un défaut dans l'application : il ne s'agit pas ici d'obturer l'orifice de la fosse nasale par où s'échappe le sang, il faut que le tampon exerce une compression sur le point qui saigne.

VI. — Enfin ce qui achève d'imposer le tamponnement direct et de condamner le tamponnement anté-

rieur et postérieur c'est que celui-là est plus facile et plus rapide à appliquer, il est aussi plus facilement toléré par le malade.

Vu : le Président de la thèse

LE DENTU

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Wicart. *In Tribune médicale*, 1905).

Le nommé Victor B..., âgé de 19 ans, vient, le 7 décembre 1903, à l'hôpital Lariboisière, vers 6 heures du soir, pendant le service de garde ; il est sous le coup d'une épistaxis abondante. Un de nos collègues lui applique, sur la foi des classiques, un tamponnement antérieur des fosses nasales.

Le malade est reçu dans un service de chirurgie. Nous le voyons seulement le 9 décembre, au matin, lorsqu'il a été transféré du service de chirurgie dans le service d'oto-rhino-laryngologie. Par l'interrogatoire, à l'inspection des téguments et des muqueuses, on devine que l'épistaxis a versé beaucoup de sang, que l'hémorrhagie a fort affaibli le malade : aussi lui administre-t-on 500 grammes de sérum et une injection hypodermique de caféine. Mais, surtout, nous supprimons le tamponnement antérieur et postérieur, qui n'a, du reste, pas tari complètement l'épistaxis, et nous désinfectons la cavité nasale pour appliquer un tamponnement antérieur, qui, bien que peu prolongé en arrière, arrête aussitôt l'écoulement du sang. Nous disons désinfecter et non

sans raison, car nous trouvons une température de 38° qui, le soir même, s'élève à 39° ; cet état fébrile est légitimé par l'état des fosses nasales remplies de caillots suppurés, et obturées par des tampons devenus rapidement fétides. Deux jours après l'épistaxis, nous constatons le début de manifestations pyohémiques, cependant que le visage du malade reflète une sérénité imperturbable qu'on rencontre souvent chez les anémiés atteints de suppuration. Cette sérénité même était un piège tendu à la vie de notre sujet, parce qu'elle nous voilait la présence de complications évoluant sans autre symptôme précis que l'élévation de la température, l'accélération du pouls et l'état vibrant de presque tout le corps. Cependant chaque jour 500 grammes de sérum sont injectés pour essayer de lutter contre l'affaiblissement progressif du malade qui d'ailleurs ne saigne plus depuis l'application du tamponnement antérieur supprimé sans inconvénients après vingt-quatre heures. Quelques douleurs céphaliques mal précisées, un peu de surdité progressive attirent l'attention de notre maître, le docteur Sébileau, vers les oreilles ; la température atteint à ce moment 40° ; nous sommes au 15 décembre. Jusque-là, la température s'était constamment élevée, avec oscillations entre 39°4 et 40°, sans que nul symptôme un peu précis ait apparu. L'introduction du spéculum dans le conduit auditif est pénible, à droite surtout. On trouve de ce côté un tympan rouge violacé, prêt à se perforer en un point blanchâtre et bombant fortement vers l'extérieur. La paracentèse du tympan donne issue à du pus assez abondant et mélangé de sang. Il y avait donc otite moyenne suppurée. Du côté gauche, mêmes difficultés d'examen ; on constate une membrane tympanique très rouge et bombant suffisamment, mais

beaucoup moins qu'à droite ; à la paracentèse, du pus s'échappe aussi, mais en petite quantité. L'otite moyenne gauche est évidente néanmoins. A l'examen du nez on observe quelques eschares suintant un liquide non fétide et à peine sanguinolent ; on n'y trouve rien d'autre.

Malgré la double paracentèse, les soins consécutifs aux oreilles comme au nez, les phénomènes thermiques ne s'amendent pas. La température demeure à 40° pour s'élever peu à peu, régulièrement. Le pouls s'accélère, atteint 140 pulsations ; le tremblement s'exagère, puis de la raideur légère, bientôt accentuée à la nuque, aux lombes ; le délire s'installe, et cette fois, le doute n'est plus permis ; une méningite aiguë s'est déclarée ; elle s'affirme par la polynucléose du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, par l'hyperleucocytose et la polynucléose du sang (30.000 globules blancs, 92 0/0 de polynucléaires).

La méningite emporte le malade en deux jours malgré tous les soins.

OBSERVATION II

Gellé. *Ann. des Mal. de l'or. et du larynx* (janvier 1892).

M..., 54 ans, grand, robuste, conducteur de travaux, est pris subitement il y a un mois sur son chantier d'une épistaxis intense par la narine droite qui résiste aux pressions vives et le force à rentrer chez lui. Depuis cinq ans cet homme est atteint d'albuminurie chronique faible mais n'a jamais été arrêté dans ses travaux.

Le médecin de la famille fut forcé après deux jours d'essais infructueux de tous les moyens d'hémostase de pratiquer le tamponnement postérieur de la fosse nasale droite, vu l'état de pâleur et de faiblesse du sujet. Il eut la précaution de faire le lavage de la fosse nasale avec des solutions légèrement phéniquées, chaudes ; mais le tampon dût être maintenu plusieurs jours, trois jours et demi au dire du malade. Dès la deuxième nuit le malade se plaint de violentes douleurs dans le côté droit de la face, de la tête et dans l'oreille droite ; il y a de la fièvre, de l'agitation ; il se plaint et paraît être affaissé, il avale difficilement.

La journée et la nuit suivantes sont plus mauvaises encore ; les douleurs ont leur foyer à l'oreille et tout autour du pavillon ; le cou est gonflé, douloureux, la tête s'incline de ce côté et le malade laisse échapper des cris de douleur ; il se lève, se recouche ; il a les yeux brillants et semble très abattu. La tête est chaude et tout le côté droit très sensible au toucher ; le troisième jour le malade est engourdi, somnolent, ne répond qu'à peine ; il est étendu, gémit et pousse des cris par moments. Les calmants, le sulfate de quinine, les sinapismes n'arrivent pas à procurer le repos ; puis la torpeur devient continelle, la somnolence difficile à vaincre et les réponses sans suite : en réalité on a tous les signes d'une affection cérébrale.

Au matin de la quatrième nuit on enlève le tampon postérieur, on lave les fosses nasales et on s'aperçoit que l'oreille et l'oreiller du malade sont couverts, sont baignés d'un pus jaune épais d'odeur infecte, comme l'humeur qui coule du nez débarrassé du tampon. L'oreille est sourde totalement à droite, la région mastoïde rouge, chaude, douloureuse, et

le pavillon saillant en avant. Il y a un très léger torticolis à droite. De plus, le malade parle, encore étourdi, lourd de tête, engourdi de pensée, affaissé toujours mais conscient qu'un grand soulagement vient de s'opérer depuis cette issue d'un flot de pus pendant la nuit. En définitive le troisième jour et la quatrième nuit la situation a été des plus critiques. Les symptômes d'une complication cérébrale se dessinaient et s'accusaient de plus en plus et le coma succédait évidemment à la période d'agitation et de plaintes.... Quinze jours après, la suppuration est moins abondante : le gonflement chaud de la région mastoïde a disparu, le tympan est plein, rose ; la perforation suffisante donne issue à du pus moins épais, facilement balayé en dehors par le politzer qui siffle maintenant. Le malade mange et ne souffre plus. La muqueuse du nez est encore très gonflée et coule encore ; la gorge est bien, l'engorgement du cou a disparu ; mais il reste un état très fâcheux de faiblesse intellectuelle et de paresse des jambes. Un mois plus tard le malade peut venir me voir, l'oreille est en bonne voie de cicatrisation.

OBSERVATION III

Guisez (*Gazette des Hôpitaux*, 1900).

Le nommé C..., âgé de 22 ans, profession d'ébéniste, entre à Lariboisière, salle Barth, le 17 février 1898 ; il ne présente dans ses antécédents héréditaires ou personnels rien de particulier à signaler. Lui-même a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 15 ans où il a eu la variole avec hémorrhagies gingivales, épistaxis répétées. Depuis cette époque le

malade saigne du nez avec la plus grande facilité, huit à dix fois par mois, et il attribue lui-même ses pâles couleurs à ses épistaxis. Vers la fin de 1896 ces hémorrhagies reviennent plus souvent et sont plus abondantes. Il consulte à cette époque un médecin qui lui ordonne du fer et lui fait priser de l'antipyrine. Les hémorrhagies, sous l'influence de ce traitement, cessent spontanément mais reprennent de plus belle dans la suite. En janvier 1898, épistaxis abondante de la narine droite qui résiste à tous les moyens employés. Le malade se présente dans la nuit du 17 au 18 février à la consultation de Lariboisière. Il est très pâle et très anémié, double tamponnement pratiqué séance tenante, mais de nouvelles épistaxis surviennent la nuit suivante. On le remplace et on laisse le tampon trois ou quatre jours de crainte de voir l'hémorrhagie revenir. Le 24, c'est-à-dire trois jours après l'application du second tamponnement, le malade ressent une légère douleur au niveau de la moitié gauche de la face. Peu de temps après il se produit du gonflement de ce côté et de l'œdème de la paupière inférieure. La pression est douloureuse au niveau du point sous-orbitaire. T. 39°. L'examen par transparence fait constater une zone obscure au-dessous de l'orbite gauche. Il s'agit bien d'un empyème du sinus maxillaire. Le malade ne veut pas se laisser opérer, sort de l'hôpital, et il ne nous est pas donné de le revoir.

OBSERVATION IV

Guisez (*Gazette des Hôpitaux*, 1900).

La malade S..., est prise d'épistaxis très abondantes en septembre 1899. Un médecin appelé en toute hâte lui fait le double tamponnement. Deux jours après l'application de celui-ci elle se décide à venir à l'hôpital Dubois, se trouvant privée de soins chez elle et craignant le retour de l'épistaxis.

Elle entre à l'hôpital se plaignant de vives douleurs dans l'oreille correspondante à la fosse nasale tamponnée. Craignant le retour de l'épistaxis on laisse le double tamponnement. Mais dans la nuit, la malade qui est une alcoolique, arrache son tampon antérieur, l'hémorrhagie recommence. Le tampon postérieur est enlevé et on applique séance tenante un tampon antérieur avec une bande de gaze iodoformée. L'hémorrhagie est définitivement conjurée. La malade se plaint encore de douleurs d'oreilles le lendemain, mais deux jours après toute douleur a disparu. Il semble bien que l'on ait assisté dans ce cas à un début d'otite dû au double tamponnement.

BIBLIOGRAPHIE

Lermoyez. — Thérapeutique des maladies des fosses nasales, 1904, pages 272 et 273.

Lyon. — Clinique thérapeutique. Epistaxis, 1903, page 477.

Charcot-Bouchard-Brissaud. — Traité de médecine. Art. Epistaxis par Ruau (Tome VII).

Lejars. — Chirurgie d'urgence. Première édition, page 72.

— Edition 1904, page 121.

Gellé. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx (Otite suppurée, accidents cérébraux à la suite du tamponnement postérieur dans une épistaxis), janvier 1892, page 35.

Lechevallier. — Des épistaxis. Thèse, 1877.

Chavasse. — Nouveaux éléments de petite chirurgie, 1900, page 694.

Castex. — Maladies du larynx, du nez, des oreilles.

Guisez. — (Gazette des Hôpitaux, 1900, nº 12, page 117). Complications dues au double tamponnement des fosses nasales.

Forgue et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale, 2e édit. Tome II, page 294.

Gellé. — Archives de laryngologie, 1896. — L'eau oxygénée en oto-rhino-laryngologie, page 458.

Wicart. — Dangers du tamponnement des fosses nasales. Tribune médicale, 6 mars 1905.

Imp. de la Faculté de Médecine, H.JOUVE, 15, rue Racine, Paris.